

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 70

PRONOSTIC ET TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE DU SAC LACRYMAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri LORTHOLARY

Né le 6 novembre 1890, à Tulle (Corrèze).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1916

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE DU SAC LACRYMAL

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales.	TIXIER
	BÉRARD
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie biologique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie.	MORAT
Pathologie interne.	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	LESIEUR
Anatomie pathologique.	PAVIOT
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale.	ETIENNE MARTIN
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X....,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BPETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, Président ; M. POLLOSSON, Assesseur ;
MM. COLLET, Professeur, et DEVIC, Agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 70

PRONOSTIC ET TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE DU SAC LACRYMAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri LORTHOLARY

Né le 6 novembre 1890, à Tulle (Corrèze).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1916





Digitized by the Internet Archive
in 2026



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MES SŒURS,

FRÈRE ET BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A mon Maître et Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Médecin-chef du Centre ophtalmologique de la XIV^e région,
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Il nous a toujours accueilli avec bonté,
et a bien voulu nous éclairer de ses con-
seils. Qu'il veuille bien accepter l'hom-
mage de notre profonde reconnaissance.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES

**de la Faculté de Lyon
et de l'Ecole du Service de Santé militaire**

A MES AMIS

A MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES

CONNUS PENDANT LA GUERRE

AVANT-PROPOS

Pendant notre semestre d'externat en 1913, dans son Service de clinique à l'Hôtel-Dieu, le professeur ROLLET voulut bien s'intéresser à nous et nous encourager à prendre comme sujet de thèse le pronostic et le traitement de la tuberculose des voies lacrymales.

Les événements actuels sont survenus, retardant notre modeste travail; aujourd'hui, M. le Ministre nous autorisant à terminer nos examens, nous utilisons nos moments de loisir à reprendre nos notes, les classer, les rédiger et mettre ainsi un terme à une situation équivoque. La bienveillance de nos chefs et de nos collègues nous en a évité les inconvénients; mais de nombreux camarades ont eu à en souffrir depuis le commencement de la guerre.

Nous avons tenu à expliquer pourquoi, à l'heure actuelle, nous avons eu l'idée de régulariser une situation qui pouvait être gênante.

Nous profitons de ces quelques lignes pour adresser nos remerciements à MM. les médecins-majors HASLÉ

et BOLOTTE, *qui ont été nos médecins-chefs à l'ambulance 5/5*; à M. le médecin-major BICHELONNE, médecin-chef du centre hospitalier de Revigny, *qui ont bien voulu nous laisser toute la liberté possible pour pouvoir terminer notre travail.*

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE DU SAC LACRYMAL

INTRODUCTION

En 1899, Gourfein¹ pouvait écrire que, dans les traités classiques, l'existence de la tuberculose lacrymale était à peine mentionnée.

A l'heure actuelle, il n'en est plus de même. Grâce à de nombreux travaux et surtout au rapport de M. le professeur Rollet, sur la tuberculose des voies lacrymales, rapport présenté le 1^{er} mai à la Société française d'Ophtalmologie, la question a fait de nombreux progrès. Son entité a été bien dégagée, ses parties bien étudiées et, suivant l'expression du professeur Rollet, la question a pris définitivement droit de cité en ophtalmologie.

Les anciens médecins avaient depuis longtemps remarqué les particularités présentées par certains « ulcères fongueux » de l'angle interne de l'œil, par

¹ Etude expérimentale sur la tuberculose des voies lacrymales (*Bull. de la Soc. fr. d'Ophtalmologie*, p. 899).

les fistules venant ordinairement compliquer ces ulcères.

Depuis, les recherches de laboratoire sont venues préciser la clinique et nous ont donné des preuves certaines de la présence et de l'influence du bacille de Koch dans ces lésions.

L'examen des coupes histologiques a montré quelquefois des cellules géantes, le plus souvent des cellules épithélioïdes au milieu de lésions inflammatoires banales.

M. le Dr Aurand du laboratoire attaché à la polyclinique de M. le professeur Rollet, sur 12 pièces de sacs lacrymaux tuberculeux, a trouvé 7 fois des cellules géantes, en petit nombre il est vrai, et 5 fois des cellules épithélioïdes sans cellule géante.

Les injections au cobaye ont montré le pouvoir tuberculigène du contenu du sac, l'examen microscopique a décelé parfois, mais plus rarement, la présence de bacilles de Koch associés aux pneumocoques ou staphylocoques, agents habituels des dacryocystites banales. Dans bien des cas, la clinique, à elle seule, permet de prévoir la nature tuberculeuse de la lésion.

Toutes ces recherches, tous ces travaux de laboratoire ont permis d'établir quelques statistiques intéressantes. M. le professeur Rollet a bien voulu nous faire part de quelques chiffres en 1913. Il avait 15 observations certaines avec contrôle de laboratoire, 13 autres dont le contrôle avait été moins serré, mais qui, avec les renseignements de la clinique ne laissaient aucun doute; soit 28 cas de tuberculose lacrymale sur 500 dacryocystites; ce qui donne une

moyenne de 5,6 pour 100. Wagenmann, en 1911, accusait un pourcentage de 7 pour 100, mais ses examens anatomopathologiques ne portaient que sur 52 sacs lacrymaux.

Les lésions sont souvent bilatérales; c'est même cette bilatéralité qui doit attirer l'attention sur l'agent pathogène. « Chez des malades auxquels on enlève les deux sacs, Wagenmann constate la nature tuberculeuse 9 fois sur 52, soit 17 pour 100; Shiba, 4 fois sur 12 cas, soit 33 pour 100. Toutefois, notons que ce dernier auteur fait remarquer que, dans certains cas, un sac présentait une inflammation simple et l'autre des lésions spécifiques tuberculeuses. D'après les 19 cas opérés par M. le professeur Rollet, la proportion est de 21 pour 100¹. »

Dans notre travail, nous laisserons volontairement de côté la tumeur prélacrymale, qui laisse cliniquement le sac indemne; de plus, limitant notre sujet, nous n'envisagerons dans la grande question de la tuberculose des voies lacrymales, que deux points, le pronostic et le traitement.

¹ *Rapport de M. le professeur Rollet à la Soc. franç. d'Opht.,*
p. 17.

OBSERVATIONS

Toutes ces observations sont dues à l'obligeance de M. le professeur Rollet. Elles ont été prises, d'abord dans son Service à l'hôpital de la Croix-Rousse, et ensuite dans son Service de policlinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu. Les divers examens de laboratoire ont été tous faits dans le laboratoire attaché au Service de la clinique.

Nous nous sommes renseignés, autant que possible, sur l'évolution de l'affection après la sortie des malades hors de l'hôpital, en particulier en mai 1916, où nous avons écrit à tous nos malades. Malheureusement, certaines de nos lettres sont revenues sans réponse.

OBSERVATION I

Tumeur fongueuse du sac lacrymal droit. — Inoculation positive au cobaye. — Extirpation du sac en 1898, revue en octobre 1910 et en mai 1916.

Pauline M..., quatorze ans. Entre dans le Service de M. le professeur Rollet, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 10 novembre 1898.

Pas d'antécédents héréditaires, ni collatéraux.

Antécédents personnels. — A six ans, la malade est hospitalisée à l'hôpital de la Charité pour lésions osseuses

du pied droit et adénite suppurée de la région sous-maxillaire gauche, ayant laissé des cicatrices très apparentes.

La malade raconte qu'il y a deux mois, à la suite d'un choc sur le nez, une petite grosseur est apparue à l'angle interne de l'œil. La grosseur disparaît quinze jours après; trois semaines plus tard, nouvelle contusion; la grosseur réapparaît et persiste.

Au moment de l'hospitalisation, on constate une tumeur de la grosseur d'une noisette correspondant au sac lacrymal. La peau est rouge, tendue. Il y a de la fluctuation.

15 décembre 1898. — Incision du sac. Fongosités enlevées à la curette.

20 décembre. — La plaie se cicatrise. Du larmolement persiste.

8 janvier 1899. — Une fistule se forme, suppuration légère, poussée ganglionnaire sous-maxillaire et parotidienne. Kératite phlycténulaire, guérie huit jours après.

Pendant ce temps, les fongosités sont examinées. L'inoculation au cobaye est positive. Un chancre tuberculeux se forme au point d'inoculation. Le cobaye meurt un mois après et l'on trouve du bacille de Koch dans les ganglions lombaires.

En 1908, adénites suppurées sous-maxillaires. En octobre 1910, la malade est revue; la cicatrice est à peine perceptible, la pression du sac n'est pas douloureuse, un larmolement léger persiste, mais il n'est pas gênant.

En 1916, le larmolement, toujours léger, persiste. La cicatrice est bien fermée.

OBSERVATION II

Écoulement lacrymal purulent. Extirpation des deux sacs en 1911.

Aimé R..., dix-sept ans. Entre dans le Service de M. le professeur Rollet, à l'Hôtel-Dieu, le 9 janvier 1911, salle Saint-Charles.

Début de la maladie, il y a six ans environ, par du larmolement continuuel bilatéral. Ni douleur, ni inflammation. Il y a un mois, phlegmon lacrymal droit qu'on incise.

Actuellement, on constate une déformation de l'angle interne de l'œil gauche; la pression du sac fait sourdre un peu de liquide louche.

10 janvier 1911. — Intervention à gauche; extirpation du sac légèrement adhérent à la peau. Pas de pus, mais des fongosités « chair d'huître ».

17 janvier. — Intervention à droite et extirpation du sac.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants:

Intradermoréaction faiblement positive;

Inoculation au cobaye positive.

L'examen histologique montre des îlots de cellules épithéloïdes dans les parois très épaissies et fibreuses des deux sacs.

Le malade est revu en avril 1911; il est complètement guéri. Il n'a pu être revu en 1916.

OBSERVATION III

Empyème froid, pus abondant. — Extirpation du sac en 1906. — Malade revue en 1911 et en 1916.

Léontine B..., douze ans. Entre le 12 octobre 1906, dans le Service du professeur Rollet, à la Croix-Rousse, pour tumeur du sac lacrymal droit.

Début, il y a deux ans, par une tuméfaction siégeant à l'angle interne de l'œil droit, tumeur, ni rouge, ni douloureuse, qui a grossi peu à peu. Jamais de larmolement.

Actuellement, on constate l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, occupant la région du sac lacrymal droit.

La pression, non douloureuse, fait sourdre par le point lacrymal inférieur un abondant mucopus. Adénopathie sous-maxillaire du même côté.

13 octobre 1906. — Extirpation du sac que l'on trouve granuleux et épaissi. L'examen histologique montre des cellules géantes.

La malade donne de ses nouvelles en mai 1916. La guérison est toujours complète.

OBSERVATION IV

Empyème froid, pus. — Inoculation positive. — Extirpation du sac en 1909. — Malade revue en 1911 et en mai 1916.

Antoinette C..., dix-sept ans. Entre dans le Service du professeur Rollet, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Claire, le 25 juin 1909, pour dacryocystite gauche.

Sur le cou, on constate des traces d'adénites suppurées. Ganglion préauriculaire gauche.

28 juin 1909. — Extirpation du sac. L'examen histologique montre des cellules géantes. L'inoculation au cobaye produit un nodule hépatique.

En 1911, la malade est revue, elle est complètement guérie; la cicatrice est imperceptible.

En mai 1916, la malade donne de ses nouvelles. Guérison complète.

OBSERVATION V

*Tumeur fongueuse, extirpation du sac en 1906.
Malade revu en 1911.*

Paul G..., vingt-cinq ans. Vu pour la première fois, par le professeur Rollet, le 2 février 1906.

L'affection a débuté, il y a cinq ans, par de l'épiphora; à la suite de cathétérismes, un écoulement purulent apparut. Une tumeur, de la grosseur d'un petit pois, se forme à l'angle interne de l'œil droit.

A l'examen, la peau est rouge, tendue; les paupières et la conjonctive sont intactes.

3 février 1906. — Extirpation complète du sac contenant des fongosités.

L'examen histologique montre dans la paroi du sac de l'infiltration diffuse, des cellules embryonnaires et quelques cellules épithélioïdes dans les interstices musculaires.

Récidive immédiate, nouvelle intervention le 28 février 1906.

En 1911, le malade est revu. La guérison est complète. Le malade n'a pas pu être revu en 1916.

OBSERVATION VI

Sacculite fibreuse, pus. — Extirpation du sac en 1907.

Malade revue en 1911.

Annette S..., soixante-quatre ans. Entre dans le Service de M. le professeur Rollet le 29 janvier 1907 pour dacryocystite.

Depuis un an, larmoiement à droite. Il y a quinze jours, apparition d'une tumeur rouge de la grosseur d'un petit pois dans la région du sac lacrymal droit. La tumeur, indolore, acuminée se fistulise spontanément en donnant du pus épais. Elle est mobile sur le plan osseux. Pas de réaction ganglionnaire.

8 février 1907. — Extirpation du sac. La tumeur est si dure, que l'on aurait pu penser à un néoplasme intra-sacculaire.

L'examen histologique montre dans le tissu conjonctif des cellules épithélioïdes disséminées sans ordre, quelques cellules géantes dans l'infiltration sous-muqueuse.

En 1911, la guérison persistait.

OBSERVATION VII

Empyème froid fistulisé. — Extirpation du sac en octobre 1910. — Malade revue en 1911 et en mai 1916.

Maria G..., trente-trois ans, entre le 10 octobre 1910 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Claire, pour tumeur lacrymale droite.

La malade vient du Service du professeur Teissier; elle présente des lésions nettes aux deux sommets. Laryngite chronique avec aphonie fréquente; signes de lésions bacillaires de l'intestin; nombreux ganglions, surtout sous-maxillaires et carotidiens. Amaigrissement rapide. La température oscille entre 38 et 39 degrés.

La tumeur lacrymale est ovalaire, violacée, à contours bien délimités.

La tumeur se fistulise spontanément dans la nuit et laisse écouler abondamment du pus jaunâtre et grumeleux.

16 octobre 1910. — Extirpation du sac, fongosités abondantes; le professeur Rollet enlève en même temps un ganglion sous-maxillaire.

L'examen histologique de ces deux pièces est pratiqué; pas de cellules géantes dans le sac; nombreuses cellules géantes dans les ganglions.

Inoculation négative.

L'année suivante, en 1911, la malade est revue; elle va bien. En mai 1916, la malade donne de ses nouvelles. Guérison complète.

OBSERVATION IX

Tumeur fongueuse adhérente à la peau. — Inoculation au cobaye positive. — Extirpation du sac en 1909. — Malade revue en 1911 et en mai 1916.

Claudine G..., huit ans. Entre dans le Service du profes-

seur Rollet, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Claire, le 6 octobre 1909, pour dacryocystite droite.

Apparition il y a un an, d'une tuméfaction indolore, rouge, siégeant à l'angle interne de l'œil droit. On voit sourdre du pus, la pression est douloureuse. Traces d'adénites suppurées de la région sous-maxillaire droite.

9 octobre 1909. — Anesthésie au kélène. Incision et extirpation du sac. Pas de pus. Masses fongueuses « chair d'huître », adhérentes à la peau, s'enfonçant dans le canal nasal.

Grattage et curettage du canal.

Sérodiagnostic positif. Inoculation au cobaye positive. Le cobaye meurt quinze jours après, avec des lésions pulmonaires et rénales.

16 novembre 1909. — La malade revient dans le Service, la plaie lacrymale droite est complètement guérie, la cicatrice petite et indolore. Mais le sac lacrymal gauche devient induré.

Extirpation du sac gauche. Pas de pus, des fongosités.

Il s'agissait d'une tuberculose sacculaire sans suppuration.

En 1911, la guérison persiste; en 1916, la malade donne de ses nouvelles, elle est guérie.

OBSERVATION X

Tumeur fongueuse ulcérée. — Inoculation au cobaye — positive. — Extirpation du sac en 1905. — Malade revue en 1911.

Marie P..., dix-sept ans. Entre dans le Service du professeur Rollet, à la Croix-Rousse, le 8 mai 1905, pour dacryocystite suspecte.

Lésions bacillaires du sommet du poumon gauche. Début de l'affection oculaire, il y a trois semaines, par du larmolement. Ecoulement du pus à la pression du sac.

Actuellement, tumeur de la grosseur d'une noisette,

occupant l'angle interne de l'œil droit, tumeur rouge, fluctuante, mobile dans tous les sens, douloureuse à la pression, avec une petite fistule à son sommet.

11 mai 1905. — Incision du sac, issue de fongosités.

25 mai. — Nouvelle incision : on trouve une petite tumeur à la partie inféro-interne du sac. Grattage des fongosités et extirpation du sac.

Réunion immédiate, fermeture complète. Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

26 mai 1905. — Inoculation de fongosités à un cobaye sous la peau de l'aine.

10 juin. — Apparition de ganglions chez ce cobaye.

4 juillet. — Fistulisation de ces ganglions avec issue de pus grumeleux.

Le 20 juin 1905, la malade, guérie, sort de l'hôpital.

En 1911, la malade est revue, la guérison persistait. La malade n'a pas pu être revue en mai 1916.

OBSERVATION XI

*Tumeur fongueuse fistulisée. — Extirpation du sac en 1915.
Malade revue en 1906, en 1911 et en 1916.*

Maria B..., trente et un ans. Entre dans le Service du professeur Rollet, à la Croix-Rousse, le 12 juin 1905, pour abcès prélacrymal.

Début par du larmolement en janvier 1905. Il y a deux mois, apparition d'une tumeur à l'angle interne de l'œil gauche. La pression vidait la tumeur par les points lacrymaux (liquide aqueux). La tumeur s'est ulcérée il y a deux jours.

15 juin 1905. — Incision. Avec le détache-tendon, on enlève des fongosités. Pas de pus. Curettage des plans profonds. Nettoyage du canal nasal à la curette.

L'examen histologique montre quelques foyers disséminés de cellules épithélioïdes sans cellule géante.

19 mars 1906. — La malade est revue, le larmoïement est reparu depuis quelque temps, pas de fistule, cicatrice à peine visible.

Le cathétérisme est impossible, la malade ne demande pas d'opération.

En 1911, même état. En 1916, la malade donne de ses nouvelles, un léger larmoïement persiste toujours, mais n'est pas gênant.

OBSERVATION XII

Fistule lacrymale. — Inoculation au cobaye négative. Extirpation du sac en juillet 1910. — Malade revue en 1916.

Cécile A..., huit ans. Entre au Service du professeur Rollet, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Claire, le 1^{er} juillet 1910 pour dacryocyste.

Depuis février 1910, poussées inflammatoires du côté du sac lacrymal droit. Rhinite concomitante.

Actuellement, légère fistule laissant, par la pression, sourdre du pus.

5 juillet 1910. — Extirpation du sac. L'examen histologique montre de nombreux plasmazellen et des cellules géantes.

Inoculation au cobaye négative.

En mai 1916, la malade donne de ses nouvelles. Guérison complète.

OBSERVATION XIII

Masses lacrymales fongueuses et suppurantes. — Inoculation positive. — Extirpation du sac en 1909. — Malade revue en 1911 et en 1916.

Marie M..., treize ans. Entre dans le Service du

professeur Rollet, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Claire, le 8 mars 1909.

Début il y a un mois par du larmolement. Actuellement, œdème inflammatoire de la région périclacrymale gauche. Pas de pus à la pression.

16 mars 1909. — Extirpation du sac, le curettage donne des fongosités abondantes.

Inoculation au cobaye positive : ganglion inguinal.

En 1911, la guérison est toujours complète.

En mai 1916, il en est de même.

OBSERVATION XIV

Fistule fongueuse juxtalacrymale. — Curettage superficiel en 1910. — Malade revu en 1911.

Georges G..., treize ans. Entre dans le Service du professeur Rollet, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, le 15 juin 1910, pour larmolement.

Nombreux ganglions géniaux et sous-maxillaires surtout gauches. Bronchites fréquentes, nez croûteux.

La partie interne de la paupière inférieure droite est légèrement augmentée de volume. Ni rougeur, ni douleur. Pas de fluctuation.

21 juin 1910. — L'incision montre des gommes intéressant le sac lacrymal. Une masse fongueuse gélatiniforme est retirée par le curettage superficiel.

Dermoréaction négative.

A la coupe, cellules épithélioïdes, quelques plasmazellen, pas de cellule géante.

En 1911, la guérison est complète, la cicatrice, large de 1 millimètre, est légèrement surélevée. Le malade n'a pas pu être revu en 1916.

OBSERVATION XV

*Dacryophlegmon. — Extirpation du sac en 1908.
Malade revu en 1909 et 1911.*

Louis P..., onze ans. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, le 23 octobre 1908.

Début par du larmolement de l'œil droit, il y a six mois. Deux mois après il y a apparition dans la région du sac lacrymal, d'une tumeur qui se fistulise.

24 octobre 1908. — Extirpation du sac. Pas de pus, fongosités abondantes.

26 novembre 1909. — L'enfant revient pour un phlegmon du sac, œil gauche. Du côté droit antérieurement opéré, il persiste encore une toute petite fistule, qui ne donne que très peu de sérosité louche.

30 novembre 1909. — Extirpation du sac gauche. L'examen histologique montre quelques cellules géantes et quelques cellules épithélioïdes à gros noyaux sans orientation particulière. Nombreuses plasmazellen.

En 1911, le malade est revu, guérison bilatérale. Il n'a pu être revu en 1916.

OBSERVATION XVI

*Dacryophlegmon. — Inoculation au cobaye positive. —
Extirpation du sac en 1911. — Malade revu en 1912,
1913, mai 1916.*

Louise M..., 14 ans. Entre le 11 janvier 1911, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Claire.

Appartient à une famille de tuberculeux : frère mort en bas âge, mère ayant des lésions pulmonaires, sœur chloro-anémique.

A trois ans, la malade a eu une poussée méningée ; diar-

rhée chronique, évoluant par poussées. Adénités suppurées sous-maxillaires et cervicales. Sommet gauche douteux.

En janvier 1910, la malade vient à la consultation du professeur Rollet pour de l'inflammation périorbitaire, à point de départ sacculaire œil droit. Incision de la collection.

En un deuxième temps, extirpation du sac L'inoculation du pus tuberculise le cobaye.

La malade revient quelques jours après pour une tumeur de la région prélacrymale droite, elle accuse du larmoie-ment. La collection ressemble à des ganglions tuberculeux en voie de ramollissement. Les parois sont légèrement rouges, la tumeur est peu douloureuse, son contenu est fluctuant.

Sérodiagnostic tuberculeux. — Agglutination à un cin-quième, à un dixième, douteux à un quinzième.

Intradermoréaction à la tuberculine. — Positive le 14 janvier.

Examen du sang :

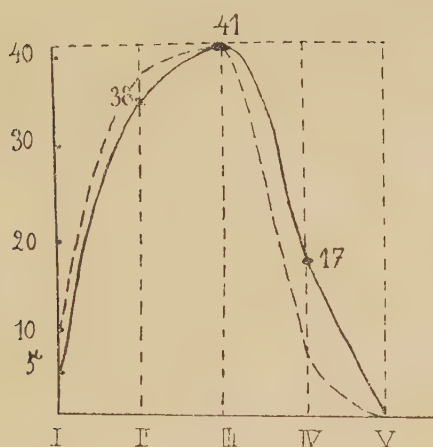
a) *Formule leucocytaire :*

	Normale
Lymphocytes, 0	1 à 2 0/0
Mononucléaires, 21,5 0/0	20 à 25 0/0
Grands mononucléaires, 8,5 0/0.	1 à 2 0/0
Polynucléaires neutrophiles, 69 0/0.	60 à 70 0/0
— éosinophiles, 1 0/0	1 à 3 0/0
— basophiles, 0 0/0	0,5 0/0

b) *Figure d'Arnette*, — Pourcentage des polynucléaires neutrophiles classés suivant le nombre de noyaux de chacun d'eux.

Fixation des éléments au chloroforme et coloration par le triacide d'Ehrlich.

			Normale
1 ^{re} classe		9,8 o/o	5 o/o
2 ^e —		39 o/o	35 o/o
3 ^e —		41 o/o	41 o/o
4 ^e —		9,8 o/o	17 o/o
5 ^e —		0	2 o/o



La formule est au-dessous de la normale. La courbe est légèrement reportée à gauche.

Examen du pus. — Coloration au Ziehl et bleu de méthylène : nombreux leucocytes peu altérés. Peu de microbes saprophytes surajoutés. Pas de bacilles de Koch nets, mais sur quatre préparations, on voit des masses de matières acidorésistantes très vivement colorées en rouge, granuleuses, qui pourraient bien être de la matière caséuse.

Examen des fongosités. — Pas de bacilles de Koch. Peu de microbes banaux. Deux masses acido-résistantes susceptibles des mêmes remarques.

Inoculations à deux cobayes. — A l'un, injection intrapéritonéale; mort trois jours après, par perforation intestinale.

A l'autre, injection sous-cutanée.

Polyadénite et tuberculose pulmonaire.

Examen histologique du sac. — Infiltration de cellules épithélioïdes. Deux cellules géantes.

En mai 1912, la malade revient pour récurrence à droite. Nouveau curettage de ce foyer.

En janvier 1913, la malade est revue pour dacryocystite tuberculeuse du côté gauche.

Extirpation méthodique du sac.

En avril 1913, il persiste toujours à gauche une fistule, qui nécessite un curettage.

En mai 1913, l'examen de l'œil gauche, montre une cicatrice légèrement saillante, de 2 centimètres de longueur à la base, recouverte d'une petite croûte jaunâtre, mais ne suppurant absolument pas depuis un mois.

Cette incision est l'incision du curettage fait il y a un mois.

En mai 1916, la malade donne de ses nouvelles. Depuis deux ans, elle est complètement guérie. Un peu de larmolement, pas gênant d'ailleurs, persiste seul.

OBSERVATION XVII

Dracryophlegmon. — *Inoculation au cobaye positive.* —

Extirpation du sac en octobre 1910. — *Malade revue en 1911 et en 1916.*

Jeanne R..., quatorze ans. Entre le 3 octobre 1910 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Claire, pour dacryocystite phlegmoneuse, œil gauche.

Depuis décembre 1909, larmolement à gauche, persistant malgré de nombreux cathétérismes. Issue de pus par la pression sur l'angle interne, œil gauche. Depuis hier, des phénomènes inflammatoires sont apparus subitement. Les paupières sont tuméfiées, rouges, douloureuses.

6 octobre 1910. — Ouverture du phlegmon. Pansements humides. Disparition des phénomènes inflammatoires aigus.

12 décembre 1910. — La malade revient avec tous les signes de dacryocystite. Ganglions carotidiens gauches.

20 décembre 1910. — Extirpation méthodique d'un sac adhérent à la peau, rempli de fongosités. Pas de pus. L'examen histologique montre des cellules épithélioïdes.

Trois semaines après, cicatrice à peine visible. Petite nodosité fibreuse, sensible à la palpation de la région du sac lacrymal.

En 1911 et en mai 1916, la malade donne de ses nouvelles; la guérison a persisté.

OBSERVATION XVIII

Tumeur fongueuse. — Inoculation au cobaye positive.

Extirpation du sac en 1903.

Joseph D..., trente ans. Entre dans le Service du professeur Rollet, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 7 juin 1903.

Il y a quatre mois, le sujet a eu la tête prise entre deux tampons de wagons. Fracture double du maxillaire supérieur, suivie d'une tumeur lacrymale.

8 juin 1903. — Extirpation du sac. Fongosités et canal nasal rétréci.

Inoculation au cobaye : tuberculose splénique.

Le malade sort guéri du Service quinze jours après; il n'a pu être revu.

OBSERVATION XIX

Tumeur fongueuse. — Extirpation du sac.

Malade revu en 1916.

Félicien G..., quinze ans. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, le 19 mai 1908, pour dacryocystite œil droit.

A l'angle interne œil droit, masse rouge bilobée par le tendon de l'orbiculaire. Vers le milieu, fistule recouverte

d'une croûte; la pression fait sourdre du pus. Ectropion de la paupière inférieure.

23 mai 1908. — Incision curviligne. Masses fongueuses « chair d'huître ». Extirpation du sac. Réunion complète des deux lèvres de l'incision.

En 1916, le malade donne de ses nouvelles, il est complètement guéri.

OBSERVATION XX

Dacryocystite tuberculeuse. — Extirpation du sac en 1902.

— Extirpation de la glande orbitaire du même côté en 1910. — Malade revue en 1911.

Louise M..., douze ans. Est entrée dans le Service du professeur Rollet, à la Croix-Rousse, en 1902, pour dacryocystite droite à allure clinique tuberculeuse. Le sac est extirpé.

En janvier 1910, la malade revient, se plaignant de larmoiement de ce côté droit.

19 février 1910. — Extirpation de la glande lacrymale orbitaire droite. Suture intradermique.

La malade est revue le 4 mars 1910. Il y a eu réunion par première intention. Cicatrice imperceptible. Le larmoiement disparaît.

En 1911, la guérison est toujours complète.

OBSERVATION XXI

Tumeur fongueuse. — Extirpation du sac en septembre 1908. — Malade revue en 1916.

Angèle F..., vingt ans. Entre le 16 juillet 1908 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Claire pour dacryocystite œil gauche, avec carie légère de la branche montante du maxillaire supérieur.

Coxalgie à l'âge de six ans, ancien lupus du nez.

Apparition, il y a quinze jours, d'une tumeur lacrymale qui s'abcède spontanément.

18 juillet 1908. — Extirpation méthodique du sac. L'incision donne des fongosités abondantes.

22 juillet 1908. — Réunion à peu près complète, surtout en haut.

La malade donne de ses nouvelles en mai 1915. Elle est complètement guérie.

PRONOSTIC

« Il est possible que la tuberculose conjonctivale, dit M. Poulard¹, traitée à temps soit bénigne. Les cas de tuberculose lacrymale que je viens de donner, ne permettent pas d'avoir sur ce sujet une aussi favorable opinion..... *La tuberculose des voies lacrymales apparaît comme une affection très sérieuse et grave.* »

Cette opinion pessimiste ne nous apparaît pas exacte et avec toutes les observations que nous publions et l'opinion de M. le professeur Rollet, nous concluons au contraire à un pronostic relativement bénin, comme par exemple dans un cas d'adénite tuberculeuse du cou.

En effet, les observations précédentes, en nous montrant quelques malades, nous permettent de tirer quelques renseignements sur le pronostic des lésions tuberculeuses des voies lacrymales.

Ce pronostic varie suivant la forme clinique de la lésion.

Prenant la classification de M. le professeur Rollet, nous examinerons ce pronostic dans les différents cas.

¹ *Loc. cit. (Archives d'Opht., 1903, p. 792).*

Nous reconnaissons dit le Professeur Rollet ¹, quatre formes principales de lésions tuberculeuses du sac.

« Tantôt il s'agit d'une tumeur lacrymale fongueuse, c'est-à-dire solide, tantôt il y a suppuration lacrymale ou larmolement simple, tantôt il y a envahissement du tissu cellulaire de la peau, des os. »

Dans la tumeur lacrymale fongueuse la lésion évolue vers la formation de fongosités (chair d'huître).

Il ne faut pas croire cependant que la présence de fongosités soit un signe pathognomique de tuberculose lacrymale.

« Nous avons jadis réuni, dit le professeur Rollet ¹, quatre observations, que l'examen clinique et l'existence de fongosités nous avaient fait admettre comme des cas de tuberculose lacrymale. Nous les avons rejetées, car M. le professeur Paviot, qui s'était chargé de nos examens microscopiques nous répondit : « Dacryocystite simple, pas de cellules géantes, pas de formations nodulaires, lésions inflammations banales. »

C'est à ce stade de tumeur non fistulisée qu'il est intéressant de faire le diagnostic et d'appliquer un traitement approprié qui, en évitant des complications locales, amène la guérison immédiate.

A ce stade de non fistulisation, les ganglions manquent souvent, l'adénite est rare dans la tuberculose du sac comme dans la tuberculose de la peau.

C'est ce qui a fait donner le nom de *lupus lacrymal* à l'affection considérée.

¹ Rapport de M. le professeur Rollet à la Soc. d'Oph., 1911, p. 54.

Larmolement simple. — Les lésions consistent dans la sclérose des voies lacrymales et leur atrésie consécutive. C'est de la tuberculose inflammatoire.

Pas de tumeur saillante, le larmolement est persistant, continu.

Il n'y a dans ce cas, pour ainsi dire, pas de pronostic à établir, cette tuberculose sclérosante n'étant pas ouverte et n'ayant pas de tendance à la diffusion, bridera les voies lacrymales et pourra amener leur non perméabilité. Elle ne comporte donc qu'un pronostic tout à fait local et bénin.

Suppurations lacrymales. — Dans ce cas, la tuberculose lacrymale se traduit par une dacryocystite tuberculeuse avec l'écoulement purulent de l'inflammation chronique banale.

La pression du sac fait sourdre par les points lacrymaux un pus abondant. Cet empyème lacrymal tuberculeux se fistulise la plupart du temps d'une manière spontanée.

Les formes cliniques précédentes, tumeur lacrymale fongueuse et empyème tuberculeux du sac, sont ramenés par leur évolution à la quatrième forme clinique décrite par M. le professeur Rollet, où l'on constate l'envahissement des tissus qui entourent les muqueuses du sac.

Qu'il s'agisse donc de fongosités ou de pus à l'intérieur du sac, on voit la tumeur indolente, mobile, augmenter de volume. La peau susjacente s'amincit, rougit, devient adhérente à la tumeur. Une fistule se forme spontanément, d'ordinaire dans la région infra-

tendineuse du sac, et donne issue soit à des fongosités, soit à du pus.

Les bords de la plaie rougissent, se sclérosent. Signalons au passage que cette sclérose peut quelquefois produire de l'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure.

La tumeur se drainant mal, la guérison spontanée sera longue et cette infirmité, quoique légère, fera le désespoir des malades, à cause surtout de la visibilité des lésions.

La fistule, c'est de plus la porte d'entrée à l'infection secondaire. Une adénite satellite se forme dans les territoires lymphatiques tributaires, ganglions préauriculaires, génien sous-maxillaires.

Tantôt on ne trouve à l'examen qu'un seul ganglion isolé indolore, mobile sous la peau ; tantôt on trouve une pléiade de petits ganglions de grosseurs différentes.

Cette adénite pourra évoluer pour son propre compte, dans le cas de ganglion unique surtout, évoluer vers la suppuration, motiver une intervention spéciale et comporter un pronostic à part, pronostic qui, là encore, est toujours local. L'observation n° VII nous en montre un exemple très net.

M. Poulard a cru nécessaire de diviser les cas de tuberculose du sac par l'importance de leur adénopathie. Il établit plusieurs catégories : les cas de tuberculose rapide avec grosse adénopathie, tuberculose lente avec adénopathie moyenne, et tuberculose lente avec adénopathie nulle.

¹ *Archives d'Opht.*, 1903, p. 773.

Elle doit être recherchée, constatée, mais ne mérite pas l'importance que cet auteur veut lui accorder.

D'autres fois, une infection locale secondaire plus virulente se produisant plus tôt, on aura un dacryophlegmon, qui exigera une intervention immédiate. Une fois refroidie, la tumeur évoluera comme il a été dit plus haut.

La lésion bacillaire peut être le point de départ de lésions cutanées. Tavernier a recueilli des observations de chez Lapersonne et Leloir, observations où des dacryocystites tuberculeuses donnent lieu à du lupus du nez et de la joue.

Ce lupus cutané succède au lupus lacrymal. Comme dit M. le professeur Rollet, « on observe aux téguments des auto-inoculations secondaires, consécutives à l'ouverture de lésions tuberculeuses profondes, pouvant se comparer aux productions situées autour de fistules des ostéoarthrites tuberculeuses. »

Les lésions secondaires de l'œil sont heureusement rares; les conjonctivites tuberculeuses, les lésions intéressant la caroncule et le segment antérieur de l'œil (kératites, iritis, iridocyclites), ont toujours un pronostic très réservé, à cause surtout de la méningite toujours menaçante.

Si on examine chez des lacrymaux la muqueuse nasale, on voit qu'elle est souvent lésée.

Les auteurs ne sont pas d'accord pour savoir si la tuberculose de la pituitaire est primitive ou secondaire aux lésions du sac. En général, cependant, on admet que les lésions des voies lacrymales succèdent aux lésions nasales.

Suivant M. Dianoux, les lésions osseuses sont très fréquentes, mais quand on extirpe un sac chez un jeune sujet, et quand on rugine énergiquement l'entrée du canal osseux, on détermine à la suite une hyperostose. Cette hyperostose est due évidemment à une prolifération périostique.

M. Rollet, dans ses nombreuses extirpations du sac, n'a jamais constaté d'ostéite, et les lésions osseuses que les auteurs, comme M. Dianoux, ont constaté, sont la plupart du temps des hyperostoses dues à des curetages multiples. Des observations indiscutables de lésions osseuses intéressant la branche montante du maxillaire, l'unguis, ont été cependant publiées. L'observation n° XX nous en signale un cas, mais elles sont peu fréquentes.

Quant aux propagations à distance, elles sont rares. M. de Lapersonne en rapporte un cas intéressant :

Une jeune fille ayant une fistule lacrymale, avec placard lupique de l'angle interne de l'œil, s'appuyait fréquemment l'œil avec le revers de la main. Un an après, on pouvait constater un placard lupique de la région dorsale de l'index et du premier métacarpien.

Toutes ces complications sont rares, et nous ne les citons pour ainsi dire que pour mémoire, l'intervention précoce arrêtant toujours une telle évolution.

Que faut-il penser en plus de l'influence de cette lésion tuberculeuse du sac sur l'état général du sujet atteint ?

Gourfein la note chez le lapin, dans le cas de tuberculisation du sac ; chez cet animal, les poumons sont souvent envahis.

Il semble que, chez l'homme, nous puissions répondre qu'il n'en est pas de même. Les lésions pulmonaires existant quelquefois sur les sujets humains examinés, précèdent toujours la lésion lacrymale, ne la suivent jamais.

Præschner en a publié cependant un cas. Il a vu chez son malade se développer des lésions pulmonaires deux mois après son opération. Il s'agissait d'un homme de trente ans, chez lequel sac, conjonctive, et fosses nasales étaient envahis. L'auteur songe à une propagation par le rhinopharynx ou par le système ganglionnaire très intéressé.

Faut-il attribuer aux larmes une action quelconque dans le peu de virulence des lésions?

M. Valude¹, à la suite d'essais de tuberculisation du sac lacrymal, prétendait que l'insuccès de ses expériences était dû à l'action bactéricide des larmes. Gourfein² renouvelle, en 1899, ces expériences et prolongeant pendant trois ou quatre mois l'examen des lapins qui avaient servi de sujets, arrive à des résultats positifs. « Ce qui explique, écrit-il, les résultats négatifs des inoculations pratiquées par Valude, c'est qu'il s'agissait de lapins sacrifiés trop tôt, c'est-à-dire treize à vingt-six jours après l'expérience, un seul deux mois après.

Terson, d'autre part, prétend que le sac est un vrai réservoir où abondent les colonies microbiennes, dans

¹ Essai de tuberculisation expérimentale du sac lacrymal (*Archives d'opht.*, p. 165, 1889).

² Etudes expérimentales sur la tuberculose des voies lacrymales (*Bull. Soc. fr. d'Opht.*, p. 235, 1899).

le cas surtout où le canal nasal est oblitéré au dessous du sac. Les larmes viennent y ajouter les microbes de la conjonctive.

Il en conclut que l'on doit appliquer à toutes ces lésions une thérapeutique énergique.

Tout en nous rangeant à son opinion, au point de vue de la conduite à tenir, il ne nous semble pas que l'on doive considérer les larmes arrivant dans le sac lacrymal comme un bouillon de culture. Leur alcalinité peut s'opposer au développement rapide du bacille de Koch.

Peut-être même, est-ce ce qui nous explique en partie la tuberculose atténuée qu'est la tuberculose des voies lacrymales.

Quelle que soit la cause de cette atténuation, elle existe, et c'est ce qui donne à cette lésion un pronostic favorable.

De plus, sans aller naturellement jusqu'à dire que cette lésion est utile, on pourrait peut-être dire qu'elle n'est pas nuisible pour les sujets chez lesquels elle est primitive.

Le sujet porteur d'une tuberculose limitée, qui guérit bien, n'en contracte plus d'autre¹.

Le professeur Rollet nous a dit fréquemment que les malades, souvent frappés d'une tuberculose atténuée, sont ainsi vaccinés d'une façon relative par un virus affaibli.

¹ Lereboullet, *Paris Médical*, 7 janvier 1911.

TRAITEMENT

HISTORIQUE

Il y a très longtemps, avant même que Vésale, Fallope et surtout Anel aient fixé l'anatomie des voies lacrymales, les médecins s'étaient préoccupés du traitement de ce que certains appelaient l'ulcère fongueux de l'angle interne de l'œil. Sans doute ils ne traitent pas les simples dacryocystites et ne s'attaquent-ils qu'aux ulcères de l'angle interne de l'œil.

Celse dans son *Traité de Médecine* s'exprime ainsi¹ :

« Il se forme dit-il, dans le grand angle de l'œil, une petite fistule qui quelquefois occasionne la carie de l'os. Les Grecs appellent cette maladie aegilops ; si l'os est carié, il faut le cautériser pour qu'il en résulte une exfoliation suffisante.

« L'os cautérisé, le pansement est celui des brûlures, quelques-uns appliquent sur le mal le vitriol, le chaleitis ou le verdet ratissé ».

¹ Ne pouvant remonter à la source de ces documents, nous nous permettons de les emprunter au rapport du professeur Rollet, cité plus haut.

Guy de Chauliac¹ et Maître Jean préconisent de leur côté l'emploi du feu contre ces affections, dont certaines étaient sûrement de nature tuberculeuse.

Anel² en 1713, décrit l'anatomie des voies lacrymales et introduit le cathétérisme dans la thérapeutique des lésions des voies lacrymales; il peut alors s'intéresser aux lésions banales, aux simples dacryocystites.

C'est seulement vers 1800 que les auteurs, Scarpa en particulier, commencent à parler de fongosités trouvées par l'incision des tumeurs du sac, chez des sujets scrofuleux.

Ils préconisent un traitement général.

La fistule lacrymale, écrit Boyer³, peut être compliquée de fongosités nées de la membrane interne du sac, de carie osseuse, surtout chez les personnes atteintes de scrofula.

Cette fistule n'est pas toujours une maladie purulente locale, elle est quelquefois compliquée par un vice scrofuleux et, dans ce cas, on doit d'abord administrer les remèdes internes. Puis différents travaux apportent leur contribution à l'étude de la question, le bacille de Koch est mis en cause indiscutablement; la question du traitement rationnel a pu alors se poser.

Quel traitement faut-il appliquer à ces lésions du sac lacrymal dues au bacille de Koch ?

¹ *Loc. cit.*, Ambroïse Paré, *les Œuvres*, édition Malgaigne, t. II, p. 431, Paris, 1840.

² Anel, Sur la fistule lacrymale (*Académie royale des Sciences de Paris*, 1713; *Nouvelle Description du conduit lacrymal*, Turin, 1713).

³ Boyer, *Traité des Maladies chirurgicales*, t. V, p. 244 et 283, Paris, 1831.

TRAITEMENTS GÉNÉRAL ET LOCAL

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Des observations précédentes, un fait se détache facilement : la tuberculose des voies lacrymales se classe parmi les tuberculoses locales, c'est-à-dire parmi les tuberculoses atténuées à bacilles peu virulents, n'ayant pas de tendances à la généralisation.

Nous trouvons des récidives, mais nous ne voyons jamais de généralisations à point de départ lacrymal. L'inoculation au cobaye est peu souvent la cause de la mort de l'animal, il faut le sacrifier pour faire la constatation des lésions provoquées.

C'est cette double base de tuberculose et de tuberculose locale qui dirige le traitement de l'affection en cause.

La première de ces données appelle aussitôt notre attention sur l'état général des malades et des soins à leur donner.

Nous laisserons de côté cette question du traitement général chez des sujets porteurs de lésions tuberculeuses. La question est classique et si nous essayions ici d'en donner une idée, ce ne pourrait être que d'une manière incomplète. Aussi nous la laisserons volontairement de côté. Nous ne citerons que pour mémoire la médication spécifique de la tuberculose par les divers sérums et tuberculines, renvoyant aux classiques pour cette question, en particulier à une thèse récente d'un de

nos anciens, M. Gabrielle *Tuberculine et tuberculinothérapie*, thèse de Lyon).

Nous avons tenu à citer cette médication spécifique, car dans les cas inopérables (il est vrai que nous n'en avons jamais vu, et en 1913, il n'en est passé aucun dans la polyclinique du professeur Rollet) soit à cause de lésions destructives de la peau, soit en cas de propagation à la conjonctive ou à la caroncule, cette médication s'imposera.

L'intervention radicale directe est impossible. La médication spécifique, dans des cas pareils, donne des résultats remarquables. Le Dr H. Fromaget cité dans le numéro de novembre 1913 de l'*Ophtalmologie Provinciale*, de belles observations de tuberculose oculaire traitée par le sérum antituberculeux de Marmorék.

La tuberculose des voies lacrymales est une tuberculose atténuée ayant peu d'influence sur l'état général du sujet atteint; ce n'est donc pas par un traitement général seul que l'on pourra amener la guérison d'une telle lésion : un traitement local s'impose.

TRAITEMENT LOCAL

De nombreuses pratiques ont été préconisées par les différents auteurs, suivant l'état des lésions au moment où le diagnostic est posé.

Avant la fistulisation. — Nous avons encore à faire à une tuberculose fermée. Le diagnostic difficile à faire, s'appuie surtout sur les antécédents héréditaires et personnels, sur des lésions bacillaires évoluant

parallèlement sur le sujet. L'inoculation au cobaye sera d'un grand secours.

La certitude sera souvent donnée par le sens clinique de l'ophtalmologiste.

De nombreux auteurs, en particulier M. Dianoux, se basant sur le larmolement, préconisent le cathétérisme systématique du canal lacrymal avec des sondes de Bowmann. Il nous semble que ce traitement, non seulement n'amènera pas la cure de l'affection, mais que généralement il ne peut être que nuisible. Un rétrécissement de nature tuberculeuse peut être atténué, mais une dacryocystite tuberculeuse ne semble pas devoir guérir ainsi; cette muqueuse, déjà lésée par l'action du bacille de Koch, est devenue friable, le derme est infiltré, il existe des lésions de périodacryocystite qui, sous l'influence de traumatismes répétés, constitués par les sondages, peuvent se réveiller; des associations microbiennes se forment et la tumeur évolue en prenant une allure aiguë, quelquefois même sous forme de dacryophlegmon. Même associée à l'instillation de collyres, quels qu'ils soient, cette méthode nous semble devoir être mise de côté; en tous cas, elle ne répond qu'à certains cas bien particuliers, mais ne doit pas être érigée en principe.

Salzer déclare, de son côté, que le sondage est tout particulièrement nuisible. Quant à nous, nous ne croyons pas que la dacryocystite bacillaire, non fistulisée, doive bénéficier d'un traitement autre que la dacryocystite fistulisée. Comme nous le verrons tout à l'heure, l'extirpation méthodique du sac est toute indiquée à ce stade et présente de gros avantages.

Le chirurgien opère sur une peau saine, le tissu cellulaire sous cutané est encore peu infiltré, la peau sans adhérence avec la tumeur et les réunions par première intention sont fréquentes, surtout dans ces cas.

Après la fistulisation. — Nous nous trouvons cette fois en présence d'une fistule tuberculeuse facilement accessible, sans réaction importante de voisinage.

Le traitement ordinaire des fistules tuberculeuses peut-il être appliqué dans ce cas?

Il nous semble que l'on peut répondre par l'affirmative.

M. Abadie, de Paris, préconise pour sa part les injections modificatives, en particulier l'huile iodée-goménolée.

D'autres emploient de la glycérine, l'éther iodoformé, la pâte bismuthée de Beck, etc., etc.; tous les antiseptiques ont été successivement employés.

Nous ne croyons pas à l'efficacité de ces traitements si peu énergiques dans des affections ayant une tendance naturelle à la chronicité.

De plus, comme nous le disait M. le professeur agrégé Nové-Josserand, dans son Service de la Charité, à propos des fistules tuberculeuses en général :

« Le liquide injecté est en contact avec le tissu conjonctif dense et sclérosé. La couche active tuberculeuse est située au dessous. L'injection n'aura donc d'action que sur la partie inerte et n'agira en rien sur la zone tuberculeuse. »

Un traitement plus énergique s'impose. Il faut aller chercher directement la lésion, la détruire pour permettre la cicatrisation dans les meilleures conditions.

Là encore, les avis diffèrent. Examinons les différentes méthodes ; comparons les résultats et essayons de conclure.

Faut-il, comme Celse dans l'antiquité, actuellement comme Parisotti de Rome, porter le feu sur la lésion pour la détruire.

Quod ferrum non sanat, ignis sanat ?

Parisetti prétend que l'extirpation au couteau a tendance à créer la diffusion des lésions. Il ne nous semble pas que cette objection réponde à la réalité. Il est vrai que les récidives des lésions tuberculeuses du sac lacrymal sont fréquentes, mais cette récidive n'est pas due à un ensemencement secondaire des tissus intéressés par les incisions.

Les résultats, à ce point de vue, ne sont pas supérieurs à ceux donnés par l'opération sanglante. Cette pratique de cautérisation brutale a un inconvénient qui pour n'être qu'esthétique n'en a pas moins d'importance. Les cautérisations, les brûlures, donnent des ulcérations à bords irréguliers, mousses, des plaies lentes à se cicatriser, des cicatrices irrégulières et larges.

Le couteau, au contraire, respecte mieux les téguments.

Cependant, dans le cas où ces téguments sont déjà très atteints au moment où le malade se présente pour l'opération, où il existe une ulcération de la peau plus grande que celle qui correspond à la fistule ordinaire,

on pourra avoir recours à cette cautérisation, mais seulement dans ce cas.

Comme de notre côté nous préconisons l'intervention précoce, il est rare que nous ayons à pratiquer cette intervention.

Certains auteurs, en particulier MM. de Lapersonne et Rochon-Duvigneaud¹, emploient une méthode mixte. Ils incisent la peau, curettent la cavité du sac et portant le thermo-cautère dans la lésion, détruisent les parois du sac, spécialement au niveau de la voûte et de l'orifice du canal nasal. La plaie est ensuite bourrée de gaze iodoformée. Cette technique permet, d'après eux, d'éviter les cicatrices chéloïdiennes. Cependant, à notre point de vue, elle présente l'inconvénient de ne jamais donner une réunion par première intention, but que l'on doit rechercher autant que possible.

D'autres auteurs font suivre l'incision cutanée et le curettage de cautérisations chimiques (teinture d'iode, etc.) ; l'action que l'on peut porter sur ces parois du sac est rarement suffisante, et là encore nous ne verrons jamais de réunion immédiate.

De plus, la curette est un instrument aveugle, et quand il est possible de suivre exactement les différents stades d'une intervention, on est plus certain de ne pas laisser de petites lésions qui pourraient servir de point de départ à un réveil de la maladie.

Aussi, nous nous rangeons à la méthode de l'ablation du sac. Chaque fois que cela sera possible, on devra pratiquer l'*extirpation méthodique du sac*.

¹ Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales (*Cong. intern. de Méd.*, Madrid, 1903).

Nous renvoyons, pour les détails de cette opération, au travail de M. le professeur Rollet sur la technique opératoire de l'extirpation du sac à la rugine¹.

Nous schématiserons l'opération en citant les cinq temps principaux décrits par le professeur Rollet :

Premier temps. — Incision de la peau.

Deuxième temps. — Recherche du sac. Hémorragie.

Troisième temps. — Décortication du sac à la rugine. Extirpation.

C'est là le temps le plus important et qui mérite le plus d'attention.

Quatrième temps. — Inspection de la loge lacrymale. Curettage et calibrage du canal nasal.

Cinquième temps. — Pansement sans suture de la peau; on rapproche simplement les lèvres de la plaie avec un tampon de ouate qui comprime l'angle interne de l'œil.

Il ressort de l'exposé des divers temps opératoires que l'intervention précédente, pour être possible, exige certaines conditions : la paroi du sac ne doit pas être trop friable pour que la dissection du sac soit possible; les lésions de voisinage ne devront pas être trop importantes, sinon on ne pourra enlever le sac en bloc et on devra recourir à l'extirpation du sac par morcellement. Ce sera la conduite à tenir dans certains cas de sacs fongueux.

Le sac mince et pellucide ne peut être disséqué.

¹ La technique opératoire de l'extirpation du sac à la rugine (*Cong. opht. d'Oxford*, 1907, et *Revue gén. d'Opht.*, p. 385, 1907.)

« La tuberculose¹ a frappé toute la paroi sacculaire; l'organe n'est qu'une masse fongueuse sous-cutanée.

« On le saisit, mais il s'effrite, car c'est un amas de fongosités sans consistance qui s'écrasent sous la pince.

« Il est donc plus facile, pour les extraire, de les charger sur la curette que de les prendre à la pince. »

La loge lacrymale sera nettoyée le mieux possible; le canal nasal curette et un pansement appliqué comme plus haut; on évitera les cicatrices vicieuses en respectant le plus possible les téguments.

Dans les cas qui ressortissent de l'extirpation méthodique du sac, à l'encontre, ce que disait M. de Wecker annonçant à M. le professeur Rollet une cicatrice fort peu goûtée des dames, on a une petite cicatrice linéaire à peine visible, ne nuisant pas à l'esthétique du visage.

M. Parisotti, lui-même, tout en préférant la destruction ignée, reconnaît cet avantage à la méthode de l'extirpation du sac.

Jamais nous n'avons constaté d'ectropion de la paupière inférieure; cet inconvénient est évité quand on ne pratique que des incisions judicieuses et limitées de l'angle inféro-interne.

Les récidives ne nécessitent pas un traitement spécial. Une nouvelle intervention au couteau donne les meilleurs résultats.

L'opération est légèrement compliquée par le fait que l'on opère sur un tissu cicatriciel.

La loge lacrymale sera nettoyée, ses parois rugi-

¹ *Rapport de M. le professeur Rollet à la Soc. fr. d'Opht.*, 1911, p. 91.

nées et toutes les lésions tuberculeuses soigneusement extirpées à la curette.

Ordinairement, dans ces interventions, on trouve des hyperostoses osseuses dues aux curettages antérieurs.

Quelquefois, après la destruction des voies lacrymales, il persiste du larmolement.

Si ce larmolement devient gênant par son intensité, il suffit de pratiquer l'ablation des glandes lacrymales du côté atteint. Ces cas sont, d'ailleurs, rares et ne concernent qu'un quarantième des opérés.

Si l'on prend la précaution de faire des sutures indradermiques, les cicatrices, déjà cachées par le sourcil, seront à peu près invisibles et le but esthétique réalisé.

CONCLUSIONS

I. — Nous admettons quatre aspects cliniques à la tuberculose du sac lacrymal : la tumeur lacrymale fongueuse, le larmolement simple, les suppurations lacrymales, les lésions envahissantes de voisinage.

II. — Contrairement à certains auteurs, admettant que la tuberculose des voies lacrymales apparaît comme une affection très sérieuse et grave, nous estimons que le pronostic de ces lésions tuberculeuses est relativement bon, en raison de sa curabilité le plus souvent parfaite.

III. — Si localement on n'intervient pas, l'affection s'éternise. Quant à la guérison spontanée, dont a parlé c'est une question de temps en effet ; mais nous mettons en parallèle *l'extirpation du sac*, qui guérit en quelques semaines et même en quelques jours, la fistule lacrymale, qui était qualifiée d'incurable par les vieux auteurs.

IV. — Les lésions oculaires de propagation pourraient comporter un pronostic réservé, mais, quant à nous, nous n'en avons jamais vu. Peut-être est-ce à cause de l'intervention précoce que nous avons vu toujours mettre en pratique par M. le professeur Rollet.

Les complications cutanées, lupus du visage et du nez, les lésions osseuses sont très rares et n'ont aussi qu'un pronostic local.

Les adénites fréquentes n'entraînent une intervention spéciale que dans un nombre de cas très restreint.

V. — Un traitement général et local s'impose. Le traitement local sera chirurgical.

Le traitement qui donne le plus de chances de guérison immédiate, qui offre le moins de chance de récidives, qui fournit le meilleur résultat esthétique, est l'*extirpation méthodique du sac*. Il est nécessaire que ce sac soit, par sa consistance, susceptible d'être isolé et extirpé en bloc.

S'il est friable, comme c'est le cas dans certaines dacryocystites fongueuses, l'extirpation du sac par morcellement est la meilleure conduite à tenir.

Les récidives sont justiciables de la même intervention.

Le larmolement qui pourrait, dans certains cas, persister et devenir gênant, sera radicalement supprimé par l'ablation de la glande lacrymale du même côté.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
E. ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 juin 1916.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
C. CHABOT.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE, Index bibliographique (*Arch. ophtalm.*, 1890).
- ARTMANN, *Ueber die Behandlung Prieneusacken* (Inaug. Dissert.; Berlin, 1895).
- ARLOING, *Acad. des Sc.*, 1885, et *Rev. de Méd.*, 1887.
- AYRES, *American Journal of Ophthalm.*, 1884.
- ADOLPH, *Ueber die Ausschallung der Prunneusalles Ph. Konigsberg*, 1898.
- AMIET, Inaug. Dissert. Zurich, 1887.
- AMBROISE PARÉ, *Œuvres édit. Malgaigne*, Paris, 1840.
- ANEL, Sur la fistule (*Acad. royale des Sc. de Paris*, 1713). —
Nouvelle description du conduit lacrymal, Turin, 1713.
- AURAND, Congr. intern. de méd., 1900.
- ARNOZAN, *Arch. d'Ophtalm.*, 1891.
- ARLOING (S.), Variabilité des caractères du bacille de la tuberculose (*Bull. de la Soc. franç. des Sc. vétérin. de Lyon*, février 1908).
- AXENFELD, Die Tuberkulöse Erkrankung des Tränensacks. Medizinische klinik n° 71.906 (*Soc. fr. d'Ophtalm.*, 1911).
- BEER, *Lehre von den Augenk.* Wien, 1813.
- BÉRARD, *L'Extirpation du sac dans les dacryocystites* (th. de Lyon, janvier 1913).
- BOCK, Tuberculose du sac lacrymal (*Berl. klin. Woch.*, 1891).
- BON, *Curettage du sac lacrymal* (th. de Paris, 1890).
- BASSELLI, *Phlegmon de l'orbite, suite du phlegmon du sac*.
- BOURTZEW, *Wiestnik ophtalmologie*, 1907.
- BACH, Einwirkung der Thraenen auf den Keungehalt des bindehautsackes (*Congrès des Natural allemands*, Nuremberg, 1893).
- BONNEFON et AUBARET, *Bull. de la Soc. franç. d'Ophtalm.*, 1910.

- CHAMON, Thèse de Paris, 1876.
- COLIN, Dacryocystite chez un lupique (*Berl. klin. Woch.*, 1891).
- CRONIER, *Inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers phthisiques D. sous-cutanés ou profonds.*
- CELSE, *Traité de médecine trad. Fouquier*, Paris, 1824.
- CABOCHE, A propos de la tuberculose nasale (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1906).
- CHAPPÉ, Néoplasie tuberculeuse paralacrurale (*Ann. des oreilles*, 1905).
- CHAILLOUS, *Soc. d'Ophtalm. de Paris*, 11 octobre et 6 décembre 1904 ; *Soc. franç. d'Ophtalm.*, 1911.
- DURR, Méthode simple pour la distinction du sac (*Arch. of Opht.*, vol. XXVII).
- DE JAEGER, *Oester Zeit. f. prak. heilk.*, 1855.
- DEMOURS, *Précis histor. et prat. des mal. des yeux*, Paris, 1821.
- DALON, *Cas de carcinome après extirpation du sac lacrymal*, Augenheill, mai 1899.
- DANIEL, *Complications des affections lacrymales.*
- DE WECKER, Raclage du sac (*Arch. ophtalm.*, 1891).
- DELPECH, *Tr. des mal. réputées chirurg.*, 1816.
- DUPUYTREN, *Leçons orales de clin. chirurg.*, Paris, 1833.
- DESMARRES, *Tr. des mal. des yeux*, Paris, 1847.
- DOUVIER, Tuberculose palpebrale der lokotuberkulose des Auges (*Arch. f. Augenh.*, 1895).
- DENIG, Ueber die Häufigkeit der Lokaltuberkulose des Auges (*Arch. f. Augenh.*, 1895).
- DRESCH, Thèse de Toulouse, 1910, et *Ann. des mal. de l'oreille*, 1910.
- DARIER, *la Clin. ophtalm.*, 1906.
- DOR (L.), *la Clin. ophtalm.*, 1909.
- EVERSBK, *Extirpation du sac pour le traitement d'inflam. chirurg. des voies lacrymales.*
- FAGE, la Tuberculose du sac lacrymal (*Bull. de la Soc. franç. d'Ophtalm.*, 1910).
- FRÖLICH, Traitement des affections du sac lacrymal (*Ann. oculist.*, 1896).
- FRÖSCHER, Un cas de tuberculose primitive des voies lacrymales et de la conjonctive avec propagation aux poumons (*Centr. für pract. Augenheilk.*, mai 1899).

- FANO, *Tr. prat. des mal. des yeux*, t. I, Paris, 1866.
- FERRAUD, *Affections oculaires produites par des altérations des voies lacrymales* (th. de Paris, 1873).
- FICK, *Ueber tuberculose des Thränensackes* *Gesellsch. der aertze in Zurich*, 6 décembre 1890, et *Correspondenzblatt f. schweizer aerzte*, 1891 (th. de Paris, 1873).
- FROMAGET (V.), *le Plombage iodoformé ; pansement des dacrycystites tuberculeuses opérées* *l'ophthalm. prov.*, mars 1911.
- GUEMENT, *Affections consécutives aux maladies lacrymales* (th. de Paris, 1873).
- GUY DE CHAULIAC, *Grande chirurgie composée en l'an 1363*, éd. Nicaise, Paris, 1890.
- GIFFARD, *Ophthalmie Record*, 1890.
- GERSTEMBURG, *Beiträge zur Caclercologis unlers ackung Trienensackeikers* (th. Würzburg, 1896).
- GUÉRIN, *Essai sur les mal. des yeux*, Lyon, 1769.
- GAYET, *Eléments d'ophtalm.*, Paris, 1893.
- Tuberculose primitive de la conjonctive (*Soc. franç d'Ophtalm.*, 1885).
- GOURFEIN, *Etude expérimentale sur la tuberculose des voies lacrymales*.
- GROBE, *Zur pathologischen Anatomie der Thränensack tuberculose* (Inaug. Dissert. Iéna, 1898).
- GRADENIGO, *Ann. d'oculist.*, 1870.
- GABRIELIDES, *Ophtalmologie microbiologique galata*, 1905.
- GOUGEROT, Tuberculoses cutanées (*Gaz. des hôp.*, 1906).
- GABRIELLE, *Tuberculine et tuberculinothérapie* (th. de Lyon, 1908).
- HOLTH, Tuberculose du sac lacrymal (*Soc. méd. de Christiania*, octobre 1899).
- HARRISON, *Buttler thè ophthalmoscope*, 1910.
- HAAB, Deux cas de tuberculose des voies lacrymales (*Arch. für opht.*, XXV, IV).
- HOFFMANN, Extirpation du sac lacrymal (*Augenkeilk*, 1896).
- HINSBERG, *Ueber augenerkrankungen bei Tuberculose der nasenschleimhaut* *Zeit ohrenteil*, 1901.
- HORMAN, la Sonde à demeure dans les affections du canal lacrymal (*Klin. Monat. f. aug.*, octobre 1897).
- HERTEL, Beitrag zur pathologischen Anatomie der thranensakerkrankungen (*Arch. f. opht.*, 1899).

- JOCQS, *la Clinique ophtalmologique*, février 1900.
- JOULIN, *Tuberc. de l'app. lacrymal* (th. de Paris, 1894).
- KOESTER, *Centralbl. f. die med. Wissensch.*, n° 58, 1873.
- KALT, *Encyclopédie franç. d'ophtalm.*, VIII ; *Soc. franç. d'opht.*, 1911.
- KNAPP, *Arch. of ophtalm.*, XIX.
- KUSS, *Bulletin médical*, mai 1909.
- LAPERSONNE (DE), *Arch. d'Ophtalm.*, 1892.
- LEITHOLDT, *Beiträge zur casuistik der Augentuberculose* Inaug. dissert. Halle-Wittenberg, 10 août 1889, impr. de Merseburg.
- LOVINÇON, *Etude clinique bactériologique sur les maladies des voies lacrymales produisant le larmolement* (th. de Paris, 1897).
- LAREBIÈRE, Thèse de Paris, 1881.
- LÉVY, Ein Beitrag zur Spontanheilung und zum klin. Bilde der Kojunktival tuberkulose (*Klin. Monat. f. Augenheilk.*, 1901).
- MONEN, *Lupus des voies lacrymales* (*Soc. franç. Opht.*, 1898).
- MOREAU, Dacryocystite tuberculeuse simulant une ostéite du malaire, extirpation, guérison (*Soc. des Sc. méd. de Saint-Etienne*, 1909, et *Rev. gén. d'ophtalm.*, 1910).
- Recherches bactériologiques sur deux cas de lumière lacrymale (*Ann.*, octobre 1894).
- MAZET, *Sur l'emphysème du sac* (th. de Paris, 1894).
- MAITRE-JAN, *Traité des maladies de l'œil*, Troyes, 1707.
- MACKENSIE, *Traité pratique des maladies des yeux*, édit. Saugier, Paris, 1844.
- MORAX, le Lupus des voies lacrymales (*Bull. de la Soc. franç. d'Opht.*, 1898).
- MONTHUS, *Précis de technique microsc. de l'œil*, Paris, 1910.
- MANFREDI, *Della cura radicale del Tumore e delle fistola del sacco lagrimale*, Torino, 1864.
- PETIT (J.-S.) (1674-1750), *Œuvres*, Paris, 1837.
- PANAS, *Leçons sur les maladies de l'appareil lacrymal*, 1877.
- PÉTREQUIN (de Lyon), *Revue ophtalmol. du Service*, Bruxelles, 1854.
- PUECH, Opération des fistules anciennes et de grandes dimensions du sac (*Revue ophtalm.*, juillet 1897).

POTT, *Observations relatives à la fistule lacrymale*, Londres, 1758.

PARINAUD, *Ann. d'oculistique*, mai 1891.

POULARD, Tuberculose des voies lacrymales (*Arch. d'ophtalm.*, décembre 1903).

PÉRIÉ, *Tuberculose de la conjonctive* (th. de Lyon, 1900).

PROSCHER, Ein fall von primärer tuberculose der nase thränenleitung und conjunctiva nut nebergreifen auf die Lungen (*Centralbl. prak. augenh.*, 1899).

PLITT, Ueber tuberculose der tranendrösen (*Klin. monat. f. Augenh. Beilage*, 1905).

ROCHON-DUVIGNEAUD, Recherches sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales (*Arch. d'ophtalm.*, 1900).

ROLLET, *Lyon médical*, 7 juin 1896, 2 mai 1894.

— Tuberculose du sac lacrymal (*Clinique ophtalm.*, 1899).

— Tumeur prélacrymale et son traitement (*Lyon médical*, février 1900 ; *Ann. d'oculist.*, mai 1900).

— la Tuberculose des voies lacrymales (*Soc. franç. d'oph.*, 1^{er} mai 1911).

RAULIN, Thèse de Paris, 1888.

RENAUARD, in thèse de Cromier, Paris, 1888-1889.

ROHMER, *Soc. franç. d'Ophtalm.*, 1908.

ROUSSEL, *la Syphilis du lapin* (th. de Paris, 1909).

ORESTE, *Ann. d'oculist.*, 1910.

SEIFERT, Tuberculose du canal mou lacrymal (*Réunion des laryngologistes d'Heidelberg*, 1899).

SARADINI, Thèse de Paris, 1878.

SURSKIND, *Klinischen und anatomischen beitrage zur tuberculose des Praunensacks* (th. Wruzbouurg, 1896).

STÖLTING, Ueber tuberculose der conjonctive (*Arch. f. opht.*, 1886).

SAVENO, Affections des voies lacrymales (*Gaz. méd.*, octobre 1897).

SEIFERT, *Tuberculose des thränennasen canales Münch. med. Woch.*, 29 décembre 1899.

SICHEL, *Ann. d'oculist.*, 1868.

SHIBA, Ueber die Aetiologie der Thränensack entzünd ungen bei Tuberkulose der Unegebung und über Dakrycystitis tuberculosa (*Klin. Monat. f. Augenheil.*, 1905).

SUBERT, *Du catarrhe du sac lacrymal* (th. de Paris, 1863).

TAVERNIER, *De la dacryocystite tuberculeuse considérée comme point de départ de lupus de la peau, de la muqueuse conjonctivale* (th. de Lille, décembre 1897).

TACQUET, *Des voies lacrymales comme causes de l'origine nasale des affections oculaires* (th. de Paris, 1894).

TCHERNOSCHWARTZ, *Sur la suppression du larmolement par l'extirpation du sac* (th. de Saint-Pétersbourg, 1898).

TERSON, *Destruction et extirpation du sac* (*Arch. opht.*, 1891).

TRUC, *Quelques graves complications lacrymales* (*Ann. d'ocul.*, 1900).

VADON, *Extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites* (th. de Lyon, 1896).

VALUDE, *Etude sur la tuberculose expérimentale du sac* (*Arch. ophtalm.*, 1889).

— *Action bactéricide des larmes* (*Arch. d'Ophtalm.*, 1899).

VINCENT, *Contribution à l'étude du phlegmon du sac lacrymal* (th. de Paris, 1894).

WAGENMANN, *Beiträge zur Kenntniss der Tuberkulösen Erkrankungen des Sehorgans* (*Arch. f. ophtalm.*, 1888).

— *Ein Fall von Tuberculose des Tränensacks* (*Versammlung der ophtalm. Gesellschaft*, Heidelberg, 1906).

WIRTZ, *Beitrag zur klin. und pathologisch-anatomische kasuistik der primären Tränensack tuberculose* (*Klin. Monat. f. Augenh.*, 1907).

ZIMMERMANN, *Contribution au traitement du sac lacrymal* (*Ann. d'oculist.*, vol. CXVIII).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Introduction	11
Observations.	15
Pronostic.	32
Traitement	40
Conclusions	51
Bibliographie	53

